

A KÓRHÁZAK PÉNZÜGYI HELYZETE

Az MKSZ tagkórházai körében az EGVE támogatásával felmérést készített a finanszírozás változásainak kezelhetősége tárgyában.

- 87 kórház az intézmények 70 %-a szolgáltatott adatot,
- a 2008. és 2009. év finanszírozása került feldolgozásra
- a 2010. évre előrejelzés szintjén körvonalazódott a várható finansziális helyzet.

**Ennek alapján megállapítható, hogy a 2009. évi forrás kivonás részben kompenzálásra került :
plusz 10,5 milliárddal és a 2 havi finanszírozásra való áttéréssel.**

A 87 fekvőbeteg intézmény adatszolgáltatása azt igazolja, hogy 43,4 milliárd forinttal (1,5 havi finanszírozásnak megfelelő) összeggel kevesebből gazdálkodnak a 2010. évben, mint amennyi a 2009. évi működéshez szükséges volt.

A felmérésből egyértelműen igazolódik, hogy ugyanolyan vagy még súlyosabb finanszírozási problémák előtt állnak az intézmények, mivel a 2009. évről áthúzódó számlák egy részének kifizetése után ismételten számla átütetemesre kényszerültek.

2010. január 31-én a 30 napos fizetési határidőn túl volt tartozásuk 51 %-a, ezen belül a 60 napon túli tartozás 30 %.

Meg kell jegyezni, hogy az intézmények arra kényszerülnek, hogy a 30 napos fizetési határidő helyett több hónapos fizetési határidőben állapotok meg, mert az még nem minősül „lejárt fizetési határidőnek”

87 intézet éves OEP bevétele az alábbiak szerint alakult:

1. A 2008. évi költségvetés 383.960 millió Ft
2009. évi költségvetés 363.107
(ami nem volt elég és 2010.I-hóban kiegészítésre került)
(87 intézet adata)
 - 20.853 millió Ft-tal kevesebb volt a tervezett, mint az előző évi
2. A 2009. évi és az azt kiegészítő finanszírozást figyelembe véve a 2010. évi intézményi hiány
(87 intézet adata) - 43.422 millió Ft

3. A 2008. évi költségvetés (383.960 millió Ft) és a 2010. évre rendelkezésre álló (318.182 millió Ft) különbsége
(87 intézet adata) **-65.778 millió Ft**

124 kórházra vetítve kb -93.767 millió Ft

Ezt a 87 intézmény által beküldött 70 %-os statisztikailag reprezentatív mintát a 124 intézményre 100 %-ra kivetítve egyértelműen körvonalazódik a probléma.

A számításokban nem vettük figyelembe

- évek óta nincs biztosítva a KSH által igazolt infláció ellensúlyozása az alapidíjak, napidíjak és pont forint érték emelésével.
- Nem épült be a 2009. július 1-től bevezetett 5 %-os ÁFA emelés fedezete sem.
- Az egészségügyben a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása korlátozott mértékű, ezért jelentősen megnövekedett befizetési kötelezettség terheli az Intézeteket.
- A reálérték csökkenés nagy mértékben az energia és közműdíj áremelés következménye (2008-ra 2 év alatt a gáz:21,8%, a vill. energia: 37,5%, a víz: 62,1%, költségnövekedést mutat, melynek döntő része az áremelkedésből adódik), ami a többi területet fokozott mértékben sújtja.
- **A gyógyító megelőző országos kassza 1993. évben 3,4 –szerese volt a gyógyszer kasszának, míg a 2010 évben csak 2,2–szerese. Ezentúl a gyógyító kasszán belül is jelentős részarányt képvisel a gyógyszer, ezért a gyógyító kasszát belülről is feszíti a gyógyszer költségek emelkedése. Figyelemre méltó, hogy a gyógyító megelőző kassza 1993 és 2010. között 5,8–szorosára emelkedett, ugyanez idő alatt a gyógyszer kassza 9-szeresére nőtt.**

A krónikus – rehabilitációs területen tervezett finanszírozási változás miatt az eddigi stabil helyzet meginogni látszik.

Bizonytalanná vált a devalválódó finanszírozással ezen területek működésének fenntarthatósága.

A labor finanszírozás területén

(bár 1-1,2% részarányt képvisel) a tisztánlátás érdekében meg kell említeni, hogy a teljesítményeknek csak kb. ¼ -ét finanszírozzák a devalvált pont/Ft. értékkel.

A 2009 évi finanszírozás az elmúlt 17 évben tapasztalt *„ennél elviselhetlenebb nem lehet a finanszírozás „* véleményyt felülírta.

A 2009. évi költségvetés tervezésekor nem volt ismert az IV.1-vel bevezetett „EMAF” szerinti finanszírozás.

Kiszámíthatatlanul tört rá az intézetekre az a helyzet, hogy *nem a korábbi TVK szerint*, hanem az *előző évi teljesítmény 70 %-ig* finanszírozza az OEP, ezen túl pedig a tényleges teljesítményeket a töredék értékre degresszáltan fizették ki.

Az az alapvető probléma, hogy nem optimális üzemméretű a kórházi rendszer, ezért ez a különböző helyzetű kórházakat és a járóbeteg rendelőket is különböző módon érintette.

Teljesen átrendezte az egészségügyi szakellátás országos finanszírozását és létre hozott üzemgazdasági szinten kezelhetetlen helyzeteket.

Egy Városi Kórház és Rendelőintézet TVK alakulása
2006-2010-ig
(közel 200 e lakos ellátási kötelezettségével)

Fekvőbeteg szakellátás				2006-2010 évi csökkenés 5 évi változása		2008-2010 évi csökkenés 2 évi változása	
Év	TVK	Változás	Változás %-a				
2006	22 298,32						
2007	16 291,77	-6 006,55	-26,94				
2008	15 435,99	-855,78	-5,25				
2009	13 621,55	-1 814,44	-11,75				
2010	12 893,97	-727,58	-5,34	-9.404	-1.373 MFt	-2.542	371,1 MFt
				súlyszám		súlyszám	

Járóbeteg szakellátás							
Év	TVK	Változás	Változás %-a				
2006	797 402 190						
2007	812 720 960	15 318 770	1,921084733				
2008	847 999 252	35 278 292	4,340763477				
2009	713 327 256	-134 671 996	-15,88114662				
2010	544 385 126	-168 942 130	-23,68368308	-243.017	-354,8 M/Ft	-39,5 M/Ft	57,7 MFt
				pont		pont	
		OEP bevétel csökkenés			-1.727,8 M/Ft		-428,9 MFt

A járóbeteg-ellátás területén is tapasztalható a 2008. évi teljesítményre épülő EMAFT és az ezt követő 2010 évi módosított TVK hatása.

2010 évi várható bevétel összehasonlítása a 2009 évi teljesítményeket finanszírozó összbevételekkel (ezer Ft.-ban)

Megnevezés	2009 év	2010 év	2010-2009 év (3-2)
1	2	3	4
R1 önálló rendelő			
ÖEP bevétel:	296,3	303,4	
2010. I. + finanszírozás	23,6	-	
Összesen:	319,9	303,4	- 16,5
			(-5,17%)
R2 önálló rendelő			
ÖEP bevétel:	122,8	137,4	
2010. I. + finanszírozás	10,8	-	
Összesen:	133,7	137,4	+ 3,7
			(+2,79%)

Az R1 rendelő azzal, hogy a 2008. évi teljesítményekre lett megállapítva a TVK 2010-ben 5,17%-kal kevesebb bevételhez jut. A másik járóbeteg intézet pedig a megemelt TVK-val a korábnál több bevételhez jut.

Ez a jelentős bevétel átrendezés a fekvőbeteg intézmények területén egyértelműen igazolható.

A 2006. IV. 1-től érvényes 146 000 Ft aktív fekvőbeteg alapdíj és 1,46 Ft járóbeteg szakellátási pont Ft érték jelentős mértékű reálérték csökkenést igazol.

A KSH által kimutatott 2006. évi 8,0 %, a 2007 évi 6,1 % és a 2008 évi 6,3%-os inflációs rátával számolva a változások ellensúlyozása céljából összesen

22%-os mértékben kellett volna emelni az alapdíjat és a pont Ft értéket.

A 2010. évi TVK szerinti bevételt reálértéken számolva az előbbieken említett kórházban a lecsökkentett TVK mellett:

12893,97 súlyszám x 31.838 Ft = 410.518.217,- Ft

544.385.126 pont x 0,32 Ft = 174.203.240,- Ft

összesen **további** 584.721.457,- Ft

bevételt kellene biztosítani az alapdíj és a pont forint érték emelésével.

Ez, a reálértéken történő finanszírozás valamennyi kórház tekintetében elengedhetetlenül szükséges.

Évek óta a fejünk felett lebeg 30-40 kórház bezárásának fenyegetettsége.

Az utóbbi években az intézkedések indirekt módon az ellehetetlenülés irányába lökdösik az intézetek egy részét, pedig az értékek megőrzését kellene megcélozni.

A **minimum feltételeknek** nehezen tudnak megfelelni a kórházak

A 2008. évben az MKSZ által végzett felmérés bebizonyította, hogy az orvosok és egészségügyi szakdolgozók utánpótlása különösen a speciális szakterületeken azonnali intézkedést igényel.

A betegellátás jó szervezésével a rendelkezésre álló orvosok flexibilis foglalkoztatásával, diplomás ápolókkal, szakképzett ápolókkal és az egészségügy irányába elkötelezett, munka mellett kiképzett segédápolókkal még megoldható lenne.

Kulcskérdés az, hogy az orvosok delegálják mindazon feladatokat a diplomás ápolókra amit ők el tudnak végezni és ezzel a szemlélettel a sor végén a segédápoló is számos olyan feladatot el tud végezni, amihez nem kell szakápolói végzettség.

A kassa beltartalmában végrehajtott „módosítások” mind valahol pénzkivonást jelentettek.

Így pld. A HBCS és a járóbeteg pontrendszerben az egyes beavatkozásokhoz kapcsolódó érték nem költségarányos és nem arányos egymással sem.

17 éve számos módosítás és „befogadás” pótlólagos forrás nélkül történt, úgy, hogy az összes többi értékét lecsökkentették minden év végén „normálással”.

Ez így elfogadhatatlan!

A Pénzkivonás további eszközei:

- a fekvő – és járóbeteg-ellátási időt változtatták illetve ehhez kapcsolódóan a súlyszámot és a beavatkozás pont értékét csökkentették
- utólagos ellenőrzéssel 2-3 évvel ezelőtt kifizetett ellátás szakmai értelmezése és a visszavonása a fekvő és járóbeteg intézetektől ugyancsak jelentős bevételvesztést eredményezett.

E helyett fontos lenne, hogy az OEP legyen igazi biztosító, ne csak a neve legyen az, és folyamatosan végezze biztosítói feladatát.

A HBCS revízióhoz hiányzik :

- az egységes anyag-eszköz azonosítási lista
- a számviteli rend szerinti egységes költség felosztás szerinti adatgyűjtés
- orvos-szakmai minőségbiztosítási protokollok sem teljeskörűek

Kevesebb pénzből nem lehet az orvos-technika fejlődésével lépést tartó egészségügyi ellátást biztosítani.

A meglévő-egészségügyi ellátási rendszer felülvizsgálatra szorul.

Üzemgazdasági szinten a kórház betegellátási feladatának és az ahhoz tartozó bevétel elérési lehetőségének összhangban kell lenni.

A működési struktúrát (tudományos megalapozással) úgy kell megtervezni, hogy az állandó és változó költségeket is fedezze a bevétel (beleértve a foglalkoztatási és szakmai előírásokat).

Az „optimális üzemméret” minden szinten, a legkisebbtől a legnagyobb kórházig a működés alapfeltétele kell legyen.

Az optimális üzemméret fölötti teljesítményeknél egy bizonyos határig csak a változó költségeket kellene finanszírozni.

„Az Áht. 49. §-a alapján a feladatellátásra az adott intézményi keret és méret optimális volta megkérdőjelezhetetlen” kellene legyen, mert az biztosítaná a betegellátási szakfeladathoz szükséges intézmény fenntartását. Ezzel lenne elkerülhető az intézetek folyamatosan „csődközeli helyzete”

A teljesítmény-elvű finanszírozás 1993. évi bevezetése óta mindenki által elfogadott cél az volt, hogy

„ott kapjon definitív ellátást a beteg, ahol az legkevesbé költségigényes”.

Vége ezt meg is kellene valósítani.

Nem a Kórházak bezárásával, hanem a kórházi struktúrák, feladatok felülvizsgálatával és optimalizálásával lehet kiszámítható, működőképes ellátórendszert finanszírozni !

Összegezve: azt a számunkra felbecsülhetetlen értéket, amit a meglévő egészségügyi ellátórendszer képvisel két halaszthatatlan intézkedés megtételével lehet megmenteni:

- a betegellátási szükségletet leképező optimális üzemméretű (hatékony) kórházi és járóbeteg-ellátási struktúra kialakítása,
- a szakmai minimumfeltételek teljesítéséhez fedezetet nyújtó, a működéshez szükséges bevétel biztosítása.

Demes Istvánné
gazdasági igazgató